Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 221.447
Diffusione 09/2015: 161.793
Lettori Ed. II 2015: 1.652.000
Settimanale - Ed. nazionale

l'Espresso

Dir. Resp.: Luigi Vicinanza

03-DIC-2015
da pag. 98
foglio 1
www.datastampa.it

Miti sfatati

No, il latte non salva le ossa

AGLI OVER 50 NON SERVE Intere generazioni sono invecchiate pensando che latte e latticini, fonti di calcio, fossero una garanzia a protezione delle ossa. È davvero così? Secondo una revisione sistematica pubblicata sul "British Medical Journal", le persone over cinquanta che consumano più latte, formaggio e yogurt, hanno lo stesso rischio di fratture di coloro che assumono poco calcio. E questo vale anche per chi prende integratori di calcio e vitamina D. E non sono pochi: in alcuni paesi occidentali fino a metà della popolazione anziana assume supplementi di calcio, si legge nella revisione (su www.bmj.com), nonostante alcuni studi abbiano riportato effetti collaterali. L'analisi, pubblicata da Mark Bolland, docente presso il Dipartimento di medicina dell'Università di Aukland, Nuova Zelanda, ha preso in considerazione gli studi sull'argomento e concluso che non ci sono evidenze scientifiche per affermare che un maggior consumo di calcio sia utile a prevenire le fratture delle ossa.

Daniela Condorelli

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA.it

27-11-2015
Lettori
38.890

http://www.corriere.it/salute/

LA CAMPAGNA «SGUARDI DI ENERGIA» FA TAPPA AL POLICLINICO GEMELLI

Tumore ovarico, il nemico subdolo che le donne devono conoscere

È il sesto più diffuso in Italia, seimila nuovi casi all'anno, e il più aggressivo fra quelli ginecologici. Se scoperto in fase tardiva, è difficilmente guaribile

di **Margherita De Bac**

Il modo più efficace per anticipare le sue mosse è leggere la storia personale della donna. Se in famiglia c'è una mamma, una sorella o una parente stretta che hanno avuto la malattia, allora si può effettuare un test specifico, chiamato BRCA, in un centro specialistico. Così il tumore dell'ovaio, tanto insidioso quanto sottovalutato fino a che non lo si conosce, potrà essere prevenuto e trattato nel migliore dei modi. «Tutte le altre strategie di prevenzione come la cura del proprio corpo, la corretta alimentazione e i controlli annuali a cominciare dall'ecografia transvaginale, sono un supporto ma non la chiave» dice Giovanni Scambia, direttore del Dipartimento per la salute di donna e bambino al Policlinico Gemelli. L'occasione per lanciare questi messaggi di sensibilizzazione è "Sguardi di energia", la campagna dedicata alle pazienti colpite da un nemico molto aggressivo, che si mimetizza fino al momento in cui non compare in modo grave, in fase già avanzata.

Sempre belle: «Sguardi di energia»

Dal 23 al 27 novembre il Gemelli ospita l'iniziativa itinerante promossa da Acto (Associazione contro il tumore ovarico) in squadra con Yuongblood Mineral Cosmetics e il supporto dell'azienda farmaceutica Roche. Sedute di trucco e conforto psicologico saranno offerti alle donne in cura. Perdere l'amore per il proprio aspetto e la femminilità è un rischio forte quando si devono affrontare sfide terapeutiche tanto impegnative. Mantenersi belle è un modo di reagire, è una cura. Ritrovare il sorriso è un elisir. Le prime due tappe di "Sguardi di energia" si sono svolte a Milano, un successo, oltre duecento partecipanti. Ora il Gemelli, uno dei centri di eccellenza. Poi tocca a Bari e Napoli. «È un modo diverso di stare accanto alle pazienti. Ci siamo rese conto di offrire qualcosa di importante, qualcosa che aiuta davvero», sprona Nicoletta Cerana, presidente di Acto. Giovanni Scambia non vuole spaventare l'universo femminile, però è bene diffondere certe informazioni, senza veli. «Il tumore ovarico è silente e si sviluppa in due modi. C'è quello che cresce e provoca dolori. In questo caso il medico prescrive degli esami che porteranno alla diagnosi. Poi c'è la tattica più subdola. Niente fastidi specifico fino a quando non compaiono sintomi gastrointestinali che potrebbero essere scambiati per patologie benigne, sottovalutati. La manifestazione esplicita della malattia è un insolito gonfiore di pancia».

Le terapie a bersaglio molecolare

Il tumore delle ovaie è il sesto più diffuso in Italia, 6mila nuovi casi all'anno, e il più aggressivo fra quelli ginecologici. Se scoperto in fase tardiva, è difficilmente guaribile. Età media della comparsa, 50-60 anni. All'origine c'è l'alterazione dei geni BRCA 1 e 2 che può portare a una predisposizione. Se questa anomalia viene individuata con i test specifici si possono studiare interventi di prevenzione. Ecco perché è importante ricondursi alla storia familiare. Se ci sono precedenti di tumore a ovaio, seno e utero, l'esame di cui si è parlato molto grazie a Angelina Jolie, che però ha scelto una soluzione radicale (asportazione delle mammelle), può evitare o ritardare la malattia. Oggi sono disponibili anche terapie cosiddette a bersaglio molecolare, che vanno a colpire cellule specifiche senza distruggere le sane. Per aumentare le probabilità di successo delle cure è fondamentale rivolgersi a centri di riferimento, che dispongono di ginecologi, oncologi, radioterapisti, radiologi, istopatologi, infermieri esperti, tutti riuniti in una squadra unica. Per saperne di più www.actoonlus.com.

Sanità24 Il Sole 24 ORE

27-11-2015

Lettori

402.957

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/

Appropriatezza, via libera all'Intesa. Ma slitta il nodo sanzioni ai medici

di *Barbara Gobbi*

Lo schema d'Intesa sull'appropriatezza

Via libera della Conferenza-Stato Regioni al "decreto appropriatezza": il provvedimento messo a punto dalla ministra della Salute, cioè, che detta la linea alle prescizioni dei medici su una lista di oltre 200 prestazioni di specialistica ambulatoriale sorvegliate speciali, perché non più opportune o perché prescrivibili sono in determintai casi di sospetto diagnostico. «È un passo per rendere il Sistema sanitario nazionale più virtuoso e più sostenibile»: dichiara a caldo il sottosegretario alla Salute Vito De Filippo, al termine della Conferenza. «Si chiude la discussione su un provvedimento sul quale c'è stato, in alcune parti, un dibattito amplificato - ha proseguito De Filippo - e che produce un metodo di valutazione dei costi su alcune specifiche attività specialistiche più a rischio».

Di fatto il dibattito, originato essenzialmente dai tanti mal di pancia suscitati nei medici dal provvedimento, più che chiuso, pare rinviato a data da destinarsi. Il decreto approvato - che mette nero su bianco le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva per prestazioni di estrema variabilità, dalle cure odontoiatriche agli esami del sangue, dalle Tac al ginocchio alla glicemia per monitorare il diabete - rinvia a un successivo accordo Stato-Regioni «i criteri e le modalità per monitorare, tenendo conto delle specificità regionali, che il comportamento prescrittivo dei medici sia coerente alle condizioni di erogabilità e alle indicazioni di appropriatezza», indicate dal ministero. Sulle sanzioni economiche per i medici cattivi prescrittori, prescritte esplicitamente dal Dl Enti locali (legge 78/2015), per il momento, si rinvia. Ma inevitabilmente il nodo andrà affrontato. E la legge è chiara: «In caso di mancata risposta o di giustificazioni insufficienti, l'ente adotta i provvedimenti di competenza, applicando al medico prescrittore dipendente del Servizio sanitario nazionale una riduzione del trattamento economico accessorio, nel rispetto delle procedure previste dal contratto collettivo nazionale di settore e dalla legislazione vigente, e nei confronti del medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, una riduzione, mediante le procedure previste dall'accordo collettivo nazionale di riferimento, delle quote variabili dell'accordo collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo integrativo regionale».

A poco sono valse, a suo tempo, le rassicurazioni della ministra della Salute: le sanzioni, stando alla ministra, sono una extrema ratio che resterà limitata ai casi eccezionalissimi, di medici in mala fede che reiterino un comportamento prescrittivo fuori luogo. Di questa rassicurazione c'è traccia nella parte dell'Intesa di oggi in cui, tra l'altro, si prevede che le Regioni attivino iniziative formative e informative e definiscano le procedure per favorire la precsrizione appropriata delle prestazioni. Ma il Dl Enti locali da agosto è legge (legge 78/2015) e sono con provvedimento di pari grado potrà essere modificato.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2015: 100.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

l'Unità

Dir. Resp.: Erasmo D'Angelis

27-NOV-2015
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità, pronta la proposta di legge sulla responsabilità professionale

Aumentare sia la tutela dei medici che le garanzie per i pazienti danneggiati

Il testo illustrato ieri, presto un emendamento del governo per inserirlo nella manovra

Una settimana fa il via libera in Commissione, ieri la presentazione ai media per uno dei provvedimenti di legge più significativi in tema di sanità e... malasanità. Più trasparenza in favore dei cittadini, più prevenzione con l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sicurezza in sanità, nonché un Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria: sono questi alcuni dei punti principali della proposta di legge sulla responsabilità professionale approvata, appunto, la scorsa settimana in commissione Affari Sociali e presentata ieri mattina in conferenza stampa alla Camera alla presenza del relatore, Federico Gelli, del capogruppo Pd in XII commissione, Donata Lenzi, dell'altro capogruppo democratico alla Camera, Ettore Rosato, e del senatore Pd della commissione Sanità, Amedeo Bianco.

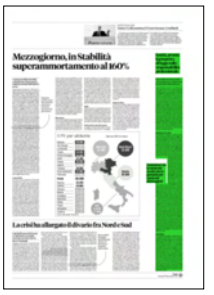
Modifiche al Codice

Un obiettivo duplice, quello perseguito da questa proposta di legge. Da un lato si vogliono aumentare le tutele dei professionisti, dall'altro vengono previsti dei nuovi meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento da parte dei cittadini danneggiati da un errore sanitario. Per raggiungere questo scopo è stato innanzitutto necessario apportare delle modifiche al Codice Penale. In particolare, i professionisti che non si atterranno alle linee guida emanate da Società scientifiche iscritte in un apposito elenco presso il ministero della Salute, risponderanno penalmente soltanto in caso di colpa grave e dolo. Ed oggetto di cambiamenti è anche la responsabilità civile. Infatti, il cittadino che si ritiene danneggiato manterrà intatto il suo diritto di rivalsa verso la struttura sanitaria, mentre, per le azioni avanzate nei confronti degli operatori sanitari cambiano i termini di prescrizione, che scendono adesso a 5 anni, mentre verrà spostato sul paziente l'onere della prova.

Molti, poi, sono gli interventi finalizzati a rafforzare i meccanismi di tutela in favore dei cittadini danneggiati. Sono state dunque previste nuove misure in relazione alla trasparenza dei dati. Le strutture sanitarie saranno tenute a fornire ai pazienti la documentazione clinica da loro richiesta non oltre il termine di trenta giorni. Ed ai pazienti danneggiati viene inoltre riconosciuta la facoltà di proporre un'azione diretta nei confronti della compagnia assicuratrice per ottenere il risarcimento. Infine, è prevista l'istituzione di un apposito Fondo di garanzia per risarcire i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria.

In Stabilità

«Con ogni probabilità, una buona parte del provvedimento sulla responsabilità professionale verrà inserito nella legge di Stabilità con un emendamento governativo», ha spiegato il responsabile Sanità del Pd e relatore della Proposta di legge in commissione Affari Sociali, Federico Gelli. «In questo caso - ha proseguito -, rientrerebbero tutti quegli articoli che, secondo la valutazione del Mef, potranno avere una ricaduta economica in termini di risparmio per il Servizio sanitario. Un risparmio stimabile in circa 300-350 milioni, grazie ai quali potremo assumere 4000 unità di personale per colmare i vuoti causati dalla direttiva europea sull'orario di lavoro».



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 04/2015: 327.282
Diffusione 04/2015: 246.431
Lettori Ed. I 2015: 2.117.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

27-NOV-2015
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Palazzo Chigi depone le forbici «Meno tagli, più efficienza e servizi»

Sanità, centrali acquisti e Comuni, i dossier aperti. In ballo 5,8 miliardi

Olivia Posani
■ ROMA

CIRCA un mese fa Yoram Gutgeld, consigliere economico di Matteo Renzi e commissario alla *spending review*, ha varcato il portone di viale dell'Astronomia per esporre (a porte chiuse) il suo piano sulla revisione della spesa pubblica al Consiglio generale di Confindustria. «Condivido la posizione di Gutgeld, Confindustria la pensa come lui», ha spiegato al nostro giornale Giorgio Squinzi, numero uno degli industriali. Gli imprenditori hanno apprezzato il fatto che Renzi abbia rinunciato a 4 miliardi di tagli alle deduzioni e alle detrazioni fiscali per non far aumentare le tasse.

BASTI pensare che, secondo il rapporto Giavazzi, sarebbe possibile aggredire 10-14 miliardi di incentivi alle imprese. In questi anni si è lavorato anche all'eliminazione di alcuni bonus destinati alle famiglie. Ma, appunto, la zoppicante situazione economica ha consigliato prudenza al premier. E così, spiegano a Palazzo Chigi, anche nei prossimi mesi si continuerà a lavorare a una *spending* che con uno slogan può essere definita così: non tagli, ma più efficienza e più servizi. Per questo non preoccupano i rilievi del servizio studi di Camera e Senato che denunciano un aumento degli sconti fiscali, invece di una loro contrazione. Il governo è convinto che nel 2016 la spesa verrà ridotta per 5,8 miliardi e i risparmi continueranno negli anni successivi. Come? Agendo soprattutto sulle principali fonti di spesa: acquisti, Sanità e Comuni, grazie a interventi strutturali, efficientamento della spesa, costi standard.

Per quanto riguarda la Sanità gli ospedali saranno tenuti a rispettare parametri di performance clinica ed economica. Le strutture diventeranno più efficienti e questo nel tempo comporterà risparmi che verranno reinvestiti per migliorare i servizi, liberare risorse per i nuovi Lea (livelli essenziali di assistenza) e i farmaci. Poi c'è il problema degli acquisti. Le centrali appaltanti sono state ridotte a 30. Si passerà da 3,5 a 15 miliardi di acquisti centralizzati, mentre il controllo sulle gare sarà molto più efficace. Quanto ai nostri 8mila Comuni, verrano ampliate le risorse in base alla loro efficienza. Dal 20% di risorse legate ai costi standard ora si passerà al 40% e nel giro di tre anni si arriverà al 100%. Nessuno vuole sbilanciarsi in previsioni sui risparmi di spesa, ma si parla di cifre «rilevanti».

CERTO, sul tavolo restano le critiche per il mancato intervento sulle false pensioni di invalidità (la partita è stata però rinviata a un intervento complessivo della spesa sociale) e sulle società partecipate (rimandate alla riforma della Pubblica amministrazione). Piuttosto a Palazzo Chigi assicurano che la riforma dei servizi pubblici locali è pronta e ora verrà affrontato il nodo della raccolta dei rifiuti. Un'ulteriore risposta alla sicurezza arriverà organizzando meglio le forze dell'ordine. Tra 2015 e 2016, si ricorda, sono stati tagliati 20 miliardi di spesa. Si andrà avanti così: più efficienza, maggiori risorse per gli investimenti. È molto presto, è la promessa, «arriveranno annunci importanti per far capire che il sistema finalmente parte».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 199.944
Diffusione 09/2015: 145.182
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

27-NOV-2015
da pag. 17
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Rapporto Oasi 2015. Allarme del Cergas Bocconi: i segnali di riduzione dei servizi e delle prestazioni sono «forti e pesanti»

Sanità pubblica vittima dei tagli

Lo stato patrimoniale delle aziende sanitarie presenta debiti miliardari

L'ANALISI

Curarsi fuori dagli ospedali è pressoché impossibile da Roma in giù; tra un colpo e l'altro margini per ulteriori interventi non ce ne sono più

Roberto Turno

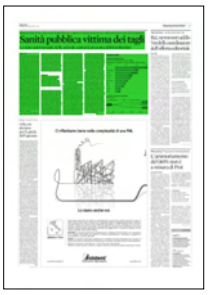
Viviamo mediamente di più (82,9 anni) ma l'8% di noi rinuncia alle cure perché costano troppo. Spendiamo 33 miliardi di tasca nostra per la salute e dalla riabilitazione alle visite e gli accertamenti specialistici i costi "out of pocket" sono la maggioranza e solo le cure in ospedale sono quasi sempre gratis. Abbiamo ridotto del 40% asl e ospedali-azienda e dal 1990 tagliato ben 130mila posti letto, ma curarsi fuori dall'ospedale è quasi impossibile da Roma in giù. Da tre anni i bilanci e il conto economico sono addirittura in attivo, ma lo stato patrimoniale delle aziende sanitarie è un disastro con debiti miliardari nascosti a partire dalle regioni sotto piano di rientro che riguardano ormai quasi metà degli italiani. E gli investimenti restano una chimera. Parola della Bocconi: una cosa e il suo opposto, una specie di Giano bifronte, la sanità pubblica italiana. Con la palla al piede di un Sud che arranca e i suoi pazienti che pagano un doppio svantaggio di cure che mancano e di costi in più. E questo, nonostante gli sforzi di questi anni, i tagli a colpi d'accetta che continuano a lasciarci un sistema che è una grande incompiuta.

Ecco il check più aggiornato della sanità pubblica italiana. Il quadro che esce dal «Rapporto Oasi 2015» curato dall'intero staff del Cergas Bocconi, che sarà presentato oggi a Milano, parla chiaro. Tra ombre che si stagliano nette, ma anche segni eloquenti di miglioramento. Che però non bastano mai, anzi. E un giudizio che emerge dal rapporto, di cui è responsabile scientifico il professor Francesco Longo: poiché il 35% del Fondo sanitario è esternalizzato con prestazioni acquistate dai privati, è più facile tagliare in sanità, colpendo proprio i trasferimenti alle "terze economie", che toccare altrove nella spesa pubblica. Insomma, si colpiscono i privati e intanto si abbassa l'asticella delle prestazioni. Col risultato, però, che tra un colpo d'accetta e l'altro di margini per altri interventi per risparmiare non ce ne sono più così tanti. Certo, c'è ancora da razionalizzare e da colpire tra sprechi e inefficenze. Ma fino a un certo punto. Perché i segnali di riduzione dei servizi e delle prestazioni sono appunto forti e pesanti. Col management che intanto deve operare sul fronte e che non sempre ha armi e mezzi anche legislativi giusti per poter sempre incidere dove serve. Anche se poi, si fa rilevare, nell'opinione pubblica il «messaggio» della lotta alle inefficenze prevale «sul tema dell'equità». A conferma, scrivono gli autori del rapporto del Cergas Bocconi, «che le attuali policy stanno godendo di una narrativa politica favorevole ed efficace». Una «narrativa», appunto, non sempre la realtà dei fatti.

Una realtà che racconta come la spesa sanitaria pubblica tra il 2009 e il 2014 ha registrato una crescita media annua dello 0,7%, ribaltando il +6% annuo del quinquennio precedente. Frutto dei tagli e dei mancati aumenti dopo l'esplosione della grande crisi. Da tre anni l'equilibrio di bilancio complessivo sta reggendo, c'è stata una «robusta» capacità di risposta alle misure messe in cantiere, con i manager diventati «esecutori materiali» sul campo delle manovre. Mai però a costo zero per gli italiani. Soprattutto nelle regioni sotto tutela, che hanno potuto mostrare conti apparentemente in rosa grazie alle super addizionali e ai ticket. Mentre è cresciuta la spesa dei cittadini. Con un livello di qualità e quantità dei servizi che non raramente «è stato intaccato». E con risultati patrimoniali che segnano rosso profondo, sempre al Sud, sempre dove i conti non tornano. A dispetto dei trend di salute, di aspettativa di vita, di crescita del sistema.

Un ginepraio. Per uscire dal quale il Cergas Bocconi presenta una ricetta in dieci punti: tagliare i reparti che hanno poca attività, ridurre gli ospedali a partire dalla trasformazione di quelli piccoli, accorpare le aziende e ridisegnarne la geografia, dare una missione specifiche a quello con budget che supera 1 mld di euro, ridefinire accesso ed erogazione dei servizi in base alla "tipologia" dei pazienti. Ma anche fare trasparenza nei criteri di accettazione dell'innovazione farmaceutica senza barriere regionali, spingere sull'Hta e sui sistemi informativi. Poi due jolly non facili: integrare meglio col Ssn quei 33 miliardi l'anno di spesa privata e attuare un mix di politiche per il personale per affrontare la mancanza di medici e il loro invecchiamento o il burn out che esplode. Magari, perché no, di riflesso per dare più opportunità ai giovani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 199.944
Diffusione 09/2015: 145.182
Lettori Ed. II 2015: 957.000
Quotidiano - Ed. nazionale

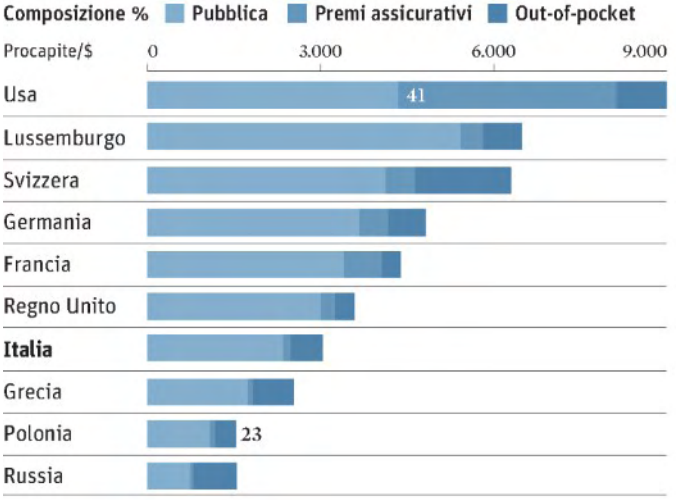
Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

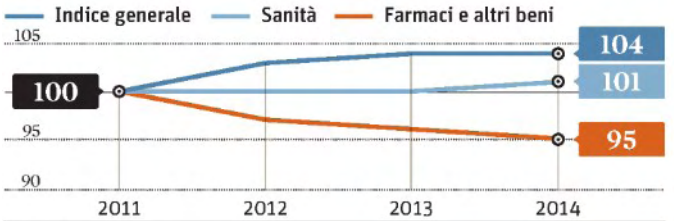
27-NOV-2015
da pag. 17
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Il pianeta sanità

CONFRONTO INTERNAZIONALE
Spesa procapite per finanziatore. Dati in **dollari**



LA SANITÀ E LA CRESCITA DEI PREZZI
Base 2011=100



Fonte: Bocconi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 60.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

L'OSSERVATORE ROMANO

Dir. Resp.: Giovanni Maria Vian

27-NOV-2015
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Bioetica nella sanità secondo Carlo Petrini

Il malato non è una cavia

Sono incerti i confini tra ricerca di laboratorio e pratica clinica S'impone allora la valutazione di un comitato etico

Pubblichiamo ampi stralci dalla prefazione del presidente emerito della Corte costituzionale al libro di Carlo Petrini «Bioetica nella sanità, Raccolta di articoli da "L'Osservatore Romano"» (Napoli, Satura Editrice, 2015, pagine 145, euro 25).

di Francesco Paolo Casavola

È solo dal 1970 che è in uso il neologismo Bioethics, e già di questo insieme di saperi, destinato a porre alla medicina domande essenziali sulla rispondenza del suo progresso ai valori irrinunciabili della persona umana, si criticano gli ostacoli eretti contro la liberta della ricerca scientifica e della pratica clinica.

L'equilibrio e la saggezza dell'autore di questa raccolta di interventi molto giovano alla delucidazione del quadro problematico. Da un canto si rifiuta la dignità umana come perno di una pretesa ideologizzazione antiscientifica; dall'altro non si può non registrare il contributo positivo della bioetica all'avanzamento della medicina. «L'etica non ha soffocato la medicina, ma forse ha bisogno di essere nuovamente salvata, per affrancarsi dalla burocrazia, dalle sterili dispute politiche, dallo stato liquido tipico di tanta parte delle nostre società» (p. 10).

Nello stesso orizzonte rientrano movimenti culturali, quale quello della «medicina personalizzata», tendente a ottenere il migliore e massimo risultato sia nella ricerca sia nella terapia, evitando ogni spreco, e coinvolgendo i cittadini in una partecipazione attiva con i ricercatori. In questa versione democratica della medicina, da sempre invece dominata dal paternalismo e dall'isolamento professionale dei medici, ha un ruolo fondamentale il consenso informato del malato. Si vuole così rispondere a una esigenza non solo conoscitiva ma etica sulla natura della terapia, se innovativa e dunque ancora sperimentale, o già consolidata.

E tuttavia i confini tra ricerca di laboratorio e pratica clinica sono incerti, ed è per questo inabolibile dubbio su nocività e beneficio, che investe sia il curante che il paziente, che talvolta si impone la valutazione di un comitato etico. A meno che non ci si affidi al calcolo di eventuali rischi di danno. Va evitato in ogni caso il cosiddetto «fraintendimento terapeutico», consistente nell'atto di fede nelle buone cure che si ottengono nella fase delle ricerche in corso. Occorre guardarsi dall'equivoco di usare il malato come una cavia da esperimento. Sul punto non lascia dubbi la Dichiarazione di Helsinki dell'Associazione medica mondiale: «Sebbene lo scopo primario della ricerca medica sia quello di generare nuove conoscenze, queste non possono prevaricare sui diritti e sugli interessi dei singoli soggetti coinvolti nella ricerca» (p. 17).

Va spenta ogni enfasi entusiastica per i progressi della conoscenza: Petrini ricorda che due uomini politici, Bill Clinton negli Stati Uniti e Tony Blair in Inghilterra, a proposito delle ricerche sul genoma, evocarono Galileo Galilei che trovò «il linguaggio con cui Dio ha creato l'universo», laddove il Progetto Genoma Umano ha scoperto «il linguaggio con cui Dio ha creato la vita» (p. 23).

Proprio nell'ambito della genomica sono frequenti gli errori da correggere, e le applicazioni terapeutiche replicano la necessità del ricorso alla medicina adattativa. In oncologia, ad esempio, non ha pari efficacia lo stesso farmaco per pazienti diversi. Con una solo apparente paradossalità si potrebbe dubitare che nell'era della genomica la medicina abbia a che fare con una entità biologicamente unitaria del genere umano, e non invece con una infinità

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 60.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

L'OSSERVATORE ROMANO

Dir. Resp.: Giovanni Maria Vian

27-NOV-2015
da pag. 4
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

di individui.

Quanto questi mutamenti epocali nella scienza influiscano sulla relazione tra medico e paziente è evidente nel dialogo tra i due interlocutori per la formulazione del consenso informato. Il medico dovrebbe poter rispondere alle domande del paziente sui rischi e sulle alternative della terapia, ma potrebbe non esservi domanda per assenza di competenze conoscitive del malato. In tal caso, nell'eventualità di controversia, il medico sarebbe scagionato da responsabilità.

Una sentenza britannica del 2015, sul punto, con gradevole ironia, osserva che: «C'è qualcosa di surreale nell'attribuire l'onere della domanda al paziente, il quale potrebbe non essere consapevole del fatto che vi è qualcosa da chiedere» (p. 42). Il nostro autore, pur riconoscendo la portata storica di una sentenza contro il tradizionalismo paternalistico dei medici, ricorda tre eccezioni al principio del dialogo: la prima, quando il paziente chiede di non essere informato; la seconda, quando la informazione danneggerebbe la sua salute; la terza nel caso del paziente privo di coscienza e del dovere del medico in tale emergenza di intervento immediato.

Entriamo così nell'ambito della cosiddetta «medicina difensiva», insieme di cautele per scansare responsabilità nel curante, e incontriamo decisioni giudiziarie che richiamano il medico al dovere di badare più al caso clinico singolo, che alle tipologie codificate o a linee guida generali.

Il medico deve dunque essere uomo di buon senso entro la competenza e l'esperienza professionale. Deve saper valutare la categoria del rischio. Petrini ha in proposito una battuta da non dimenticare. Contro il rischio degli incidenti stradali «sarebbe irrealistico vietare l'uso delle automobili o imporre il passo d'uomo come limite massimo di velocità» (p. 52).

Nasce così la categoria del «miglior interesse», alternativo al «rischio minimo». Chi dovrà stabilire nel caso di un bambino il suo migliore interesse, i genitori o il medico? Il nostro autore saggiamente conclude: «Trovare soluzioni definitive e univoche, è probabilmente impossibile». Egli propone tre percorsi, procedere caso per caso, soppesare tutti gli elementi in gioco, chiedere autorizzazione a un comitato etico.

Insomma, non solo va rivalutata la natura empirica della scienza medica, ma va seguito con discernimento il suo pendolare con la bioetica, così come di questa lo scegliere posizioni più permissive, quando l'assolutezza di irrevocabili principi oscuri la visuale di benefici derivanti da soluzioni pratiche.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

27-NOV-2015
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Più di 400mila persone senza soldi per i farmaci

Banco farmaceutico: aumentati i donatori

Il rapporto

Raccolte 1,4 milioni di confezioni nel primo semestre 2015 Soddu (Caritas): lavorare in sinergia

ALESSIA GUERRIERI
ROMA

Quello che si prova a non poter permettersi un farmaco è ben stampato sui volti degli ignari cittadini a cui viene presentato, a sorpresa, un conto salatissimo alla cassa della farmacia. Una *candid camera* che il Banco farmaceutico ha voluto riportare in un video, per raccontare come si sentono le 405mila persone in povertà sanitaria nel nostro Paese; un numero stabile anche se cresce la domanda di medicinali (+6,4%). Così nel 2015 sono stati donati a chi non se lo può permettere 870mila confezioni di pillole, soprattutto per malattie respiratorie, cardiologie e gastrointestinali, mentre l'anno precedente ci si era fermati a 818mila. Numeri comunque importanti, con un *trend* in salita anche degli italiani il cui portafoglio non riesce a sopportare neppure il costo di uno sciroppo per la tosse o un antibiotico: 179mila (+1,9%). Così se in media ogni persona spende più di 400 euro all'anno per curarsi, ce ne è una fetta sempre maggiore che si ferma ad appena 69. Il rovescio della medaglia positivo, tutt'altro che scontato in tempi di crisi, però, è che ad aumentare sono anche i donatori, privati e aziende.

Il rapporto 2015 *Donare per curare* dell'osservatorio sulla donazione del Banco farmaceutico, presentato ieri a Roma, realizzato in collaborazione con un comitato scientifico composto da Caritas Italiana, Acli, Ufficio per la pastorale della Salute della Cei e dall'Unitalsi, restituisce infatti l'immagine di un'Italia dal cuore grande. Ancor più di quello che si immagina. Solo nel primo semestre di quest'anno, così, sono stati regalati circa un milione di confezioni di medicinali, quasi il doppio dell'intero ammontare di donazioni del 2014 (915mila). Un quarto arriva dalla Giornata di raccolta del farmaco di metà febbraio, che comunque nell'ultima edizione si è chiusa con 6mila confezioni in meno lasciate nelle 3.600 farmacie aderenti. Ma a correre al galoppo è il contributo dato dalle aziende farmaceutiche, che in soli sei mesi quest'anno hanno consegnato gratuitamente al Banco 860mila scatole di farmaci, 320mila in più dello stesso periodo nel 2014.

Risultati possibili grazie alla «grande rete di solidarietà che vede cittadini, farmacisti, volontari ed enti uniti per aiutare gli ultimi della nostra società», ricorda il presidente del Banco farmaceutico Paolo Grandik, aggiungendo che per far crescere la platea dei generosi è appena nata «una nuova applicazione che consente di donare in ogni momento». Ad aumentare, inoltre, è anche il recupero dei farmaci validi che permette di portare medicinali inutilizzati non scaduti nelle farmacie per i più poveri, attivo in dieci città. Un progetto, «dal grande significato sociale ed educativo», che da gennaio a giugno ha permesso di raccogliere 49mila confezioni.

Il quadro dei bisognosi di cure non è altro che la dimostrazione della «multidisciplinarietà» del fenomeno e della necessità di studiare politiche che leghino i diritti, come quello alla salute, alla loro reale fruizione. Per questo la presa in carico non può che essere all'interno di una rete nella comunità, ricorda il direttore di Caritas italiana don Francesco Soddu, perché «solo un Paese che sappia costruire davvero le mappe – in ogni territorio – di bisogni, risorse, servizi, solidarietà rende possibile tracciare il cammino di quanti fanno più fatica e può cercare di mettere in atto risposte adeguate». Una sinergia per arrivare «ad un vero sistema di welfare comunitario» in cui credono anche le Acli, provata anche dal «lavoro di squadra» – spiega don Danilo Priori, vice assistente ecclesiastico nazionale Unitalsi – che ha permesso di curare, con i farmaci donati, i più deboli «nei due ambulatori solidali aperti a Roma e Catania» e i disabili nei pellegrinaggi a Lourdes.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

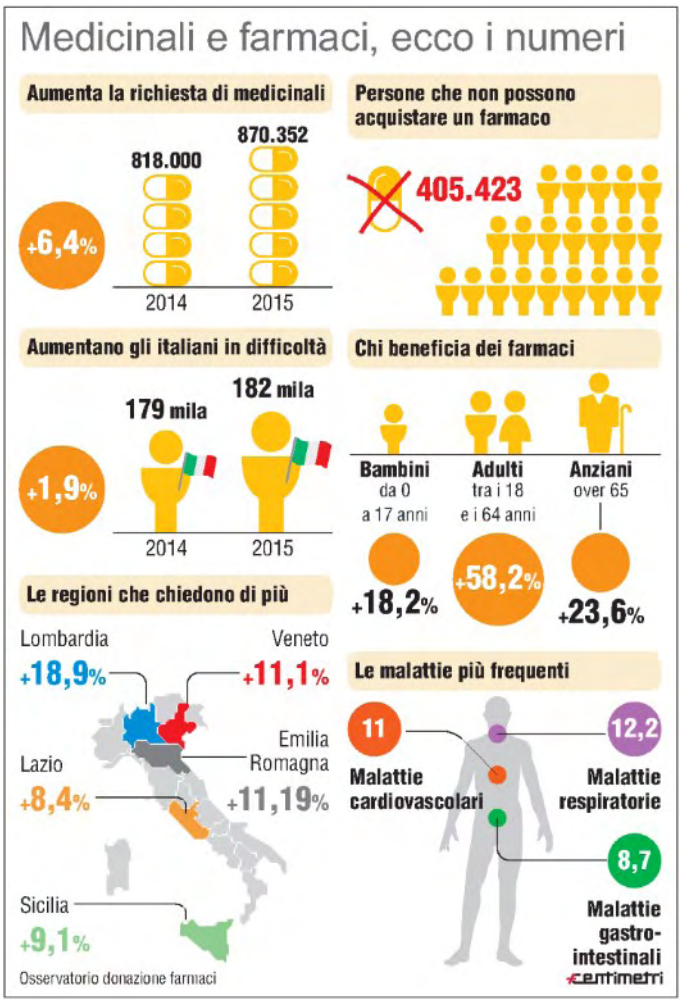
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

27-NOV-2015
da pag. 12
foglio 2 / 2
www.datastampa.it



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

122962 311627 2586 sfoglia le notizie ACCEDI REGISTRATI

METEO Milano

adnkronos

SEGUI IL TUO OROSCOPO Ariete

Fatti Soldi Lavoro Salute Sport Cultura Intrattenimento Magazine Sostenibilità Immediapress Multimedia AKI

Sanità Medicina Farmaceutica Doctor's Life Salus tg Salus tv

Home . Salute . Sanità . Lorenzin: "Concorso straordinario per l'assunzione di medici e infermieri"

Lorenzin: "Concorso straordinario per l'assunzione di medici e infermieri"

SANITÀ

Tweet

Pubblicato il: 26/11/2015 17:32

"Un concorso straordinario per l'assunzione di medici e infermieri, con una quota dei posti riservati alla stabilizzazione del personale precario". Lo ha annunciato il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, rispondendo oggi alla Camera al Question Time all'interrogazione del deputato Gian Luigi Gigli sulla possibilità di derogare alla disciplina in materia di **durata massima dell'orario di lavoro e riposo giornaliero** per garantire la piena funzionalità dei servizi delle aziende sanitarie.

"Stiamo proprio in questi giorni lavorando a un tavolo congiunto, durante questa fase di dibattito per la legge di Stabilità - ha aggiunto Lorenzin - per arrivare a una soluzione condivisa e che permetta il proseguimento in modo ordinario del lavoro nelle nostre strutture sanitarie".

"Sono consapevole delle criticità che il ripristinato assetto normativo può in concreto determinare a livello delle singole strutture sanitarie - ha osservato il ministro nella sua risposta all'interrogazione - anche in considerazione dei vincoli alle assunzioni che nel corso degli anni sono stati introdotti per gli enti del Ssn. Proprio per tale ragione ho dato indicazioni ai miei uffici di elaborare, in stretta collaborazione con le altre amministrazioni statali interessate, cioè la Presidenza del Consiglio dei ministri, il ministero dell'Economia e delle Finanze e il ministero della Funzione pubblica, una proposta normativa in grado di scongiurare le predette criticità e di dare copertura ai previsti aumenti di personale. Chiarisco però, da subito, che tale soluzione **non prevede ulteriori deroghe alla disciplina europea in materia di orario di lavoro**".

Tweet

TAG: concorso, medici, infermieri, orario di lavoro, sanità, beatrice lorenzin

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: ACCEDI oppure REGISTRATI

Cerca nel sito

Notizie Più Cliccate

1. 17enne austriaca scappa di casa per unirsi all'Is, poi si pente: uccisa
2. Dimentica il Wi-Fi, il futuro si chiama Li-Fi e internet va 100 volte più veloce /Video
3. Jet russo abbattuto, il pilota sopravvissuto: "Non abbiamo ricevuto nessun avvertimento"
4. Alessandra Ambrosio senza veli per 'Maxim': è lei la donna d'affari più sexy del mondo /Guarda
5. "Cambiate rotta immediatamente", gli F-15 turchi avvertono il jet russo prima di colpire /Ascolta

Video

Guarda ExoMars, il nuovo rover dell'Esa

Nuovo 'colpo' dell'Arma, ritrovata tomba rubata a Paestum

Primi passi nella foresta di Musafa il puma

Orario di lavoro. Question time di Lorenzin alla Camera: "Concorsi straordinari per l'assunzione di medici e infermieri. No ad ulteriori deroghe"

Così il ministro della Salute ha risposto oggi all'interrogazione presentata da Giovanni Monchiero. "Stiamo proprio in questi giorni lavorando ad un tavolo congiunto per arrivare ad una soluzione condivisa che permetta il proseguimento in modo ordinario del lavoro nelle nostre strutture sanitarie". Ma per Monchiero saranno necessari, finanziamenti ad hoc per le nuove assunzioni e una disciplina transitoria correlata alla durata delle procedure di assunzione.

26 NOV - "Stiamo prevedendo una procedura concorsuale straordinaria per l'assunzione di personale medico ed infermieristico con una quota dei posti riservati alla stabilizzazione del personale precario, e stiamo proprio in questi giorni lavorando ad un tavolo congiunto, durante appunto questa fase di dibattito per la legge di stabilità, per arrivare ad una soluzione condivisa e che permetta il proseguimento in modo ordinario del lavoro nelle nostre strutture sanitarie". Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, è intervenuta oggi in aula alla Camera, durante il Question time, per rispondere all'interrogazione presentata dal presidente del Gruppo Scelta Civica a Montecitorio **Giovanni Mochiero (Sc)** sulla possibilità di derogare alla disciplina in materia di durata massima dell'orario di lavoro e riposo giornaliero al fine di garantire la piena funzionalità dei servizi delle aziende sanitarie

"Chiarisco però, da subito, che tale soluzione non prevede ulteriori deroghe alla disciplina europea in materia di orario di lavoro. È appena il caso di ricordare, infatti, che proprio l'intervento normativo del 2014 ha consentito la chiusura di una procedura di infrazione comunitaria aperta in ragione delle deroghe introdotte a livello nazionale e che era pervenuta alla fase del ricorso davanti alla Corte di giustizia dell'Unione europea - ha sottolineato il ministro -. Aggiungo, inoltre, che il risultano avviati diversi contenziosi giudiziari da parte del personale sanitario volti ad ottenere dallo Stato il risarcimento dei danni subiti proprio a causa della vigenza delle predette deroghe".

In fase di replica, Monchiero si è dichiarato "soddisfatto delle intenzioni", sottolineato però "che le intenzioni non seguite da fatti coerenti spesso conducono in direzione opposta a quella desiderata". "Due cose sono assolutamente indispensabili - ha spiegato il presidente del Gruppo Scelta Civica alla Camera -: le procedure di nuove assunzioni siano sostenute da un finanziamento ad hoc, perché il loro numero sarà così rilevante da comportare gravi difficoltà economiche alle aziende. Secondo: il Governo, il Parlamento e chi ha responsabilità di sistema non può lasciare soli i direttori delle aziende, i direttori di struttura e i capi dipartimento ad affrontare le sanzioni che inevitabilmente cadranno sulla loro testa nel caso che non possano, in questa fase transitoria, rispettare le norme attuali. Io credo che una disciplina transitoria correlata alla durata delle procedure per le assunzioni sia assolutamente indispensabile - ha concluso - e le chiedo di adoperarsi affinché venga inserita nella legge finanziaria".

Giovanni Rodriquez

26 novembre 2015

© RIPRODUZIONE RISERVATA

articoli precedenti

:: Decreto Ilva. Via libera definitiva dal Senato
:: Costi standard. Rinviata a settembre la decisione sulle tre regioni benchmark
:: Dl Fare. Parere favorevole della Commissione Sanità del Senato
:: Camera. Approvata la Legge di delegazione europea 2013 con le norme anti-vivisezione
:: Dl lavoro. Emendamento Barani salva stipendi dipendenti Asl nelle Regioni in Piano di rientro

segui ilFarmacistaonline.it

feed newsletter archivio

iPiùletti (ultimi 7 giorni)

1 Inibitori di pompa protonica. Se presi a lungo possono essere pericolosi. Ecco perché
2 Ddl Stabilità. Palazzo Madama accorda la fiducia al Governo sul maxiemendamento. Ecco tutte le norme di interesse sanitario. Il testo
3 Remunerazione farmacie. Intervista a Racca (Federfarma): "Il ministero ci ha garantito che non imporrà soluzioni unilaterali"
4 Lorenzin al forum Federanziani: "Eradicheremo l'epatite C nei prossimi 3 anni". "Ogni euro sprecato in sanità va recuperato e reinvestito"
5 Orario di lavoro. Lorenzin e Madia pronte a emendamento a Stabilità per nuove assunzioni. Gelli: "Ipotesi di 3/4mila nuovi operatori". I fondi dai risparmi sulla medicina difensiva
6 Le noci: migliorano la salute dei vasi e abbassano il colesterolo
7 Giornata mondiale dell'infanzia Onu. Focus su psicofarmaci e minori. Il Parlamento europeo ne chiede ritiro dal commercio
8 Influenza. In 5 anni vaccinazioni calate del 6%. Ricciardi (Iss): "E' anche colpa dei falsi allarmi"
9 Nozze da 150 miliardi di dollari per Pfizer e Allergan. Ma chi ci guadagna?
10 Vaccino anti-eroina. Un premio di 1,6 milioni di dollari a ricercatori Usa per accelerarne lo sviluppo

IlFarmacista online
Quotidiano della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani
www.fofi.it

Direttore responsabile
Andrea Mandelli

Direttore editoriale
Cesare Fassari

Editore
Edizioni Health Communication srl
contatti
P.I. 08842011002
Riproduzione riservata.

Health Communication

Copyright 2010 © Health Communication Srl. Tutti i diritti sono riservati | P.I. 08842011002 | iscritta al ROC n. 14025 | Per la Uffici Commerciali Health Communication Srl

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-NOV-2015
da pag. 20
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Agenzia del farmaco Sospeso il presidente per conflitto di interessi

81,7
Milioni di euro
Il bilancio stimato dell'Aifa per l'anno 2015

366
I dipendenti
(di ruolo, fuori ruolo, a termine) dell'Aifa nel 2014

Il caso

E lui che in Italia decide se un farmaco può andare o meno sul mercato. Ed è per questo che, per le aziende private che producono medicine, il nome di Sergio Pecorelli ha un peso enorme. Lui è in grado di fare la fortuna o determinare l'insuccesso di un investimento. Ma da ieri il potentissimo presidente dell'Agenzia italiana per il farmaco (Aifa) è sospeso dall'incarico che occupava da sei anni. L'accusa: conflitto di interessi. Nonostante il suo ruolo imparziale di presidente Aifa, è in una società privata che si occupa, guarda un po', anche di farmaceutica e può attrarre soldi dal mercato. La decisione di sospenderlo è stata presa dal direttore generale dell'Aifa, Luca Pani. Il dossier adesso è all'esame del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che dovrà decidere nei prossimi giorni se licenziarlo.

Il problema è il ruolo di Pecorelli all'interno della Principia Sgr, una società di *venture capital*, cioé che fornisce capitali per start up o piccole aziende considerate ad alto potenziale di crescita. Tra gli asset principali della Principia, come risulta dal bilancio 2014, ci sono gli investimenti in sanità, compresi i farmaci: «Sono state valutate oltre 100 proposte — si legge —. Relativamente alla tipologia di progetti finora analizzati, quelli riconducibili all'area dei *medical devices* (attrezzature mediche, *ndr*) costituiscono la maggioranza delle proposte finora analizzate, seguite dall'area farmaceutica».

Fino a pochi giorni fa il nome di Pecorelli, che è anche rettore dell'Università di Brescia nonché ginecologo molto conosciuto, compariva sul sito *online* della società nell'*advisory board*, l'organo collegiale di indirizzo, insieme con scienziati di fama mondiale come Alberto Mantovani dell'*Humanitas* di Milano e noti accademici come Andrea Lenzi della Sapienza di Roma e presidente del Consiglio universitario nazionale. In concomitanza all'esplosione della polemica, poi, dopo sei mesi il nome di Pecorelli è stato rimosso dal sito.

Il regolamento sui conflitti d'interesse dell'Aifa, fortemente voluto dallo stesso Pani, è molto severo dal momento che l'Agenzia decide quali farmaci possono essere messi sul mercato e a quale prezzo. L'obiettivo è assicurare l'imparzialità e l'indipendenza di giudizio di chi decide. Così vengono stabiliti tre livelli di rischio: per Pecorelli è scattato il «3», il più alto, che prevede «interessi diretti dichiarati». E — anche se al ministero della Salute la prudenza è massima — è ipotizzabile che a far scattare l'allarme sia stata proprio la presenza all'interno dell'*advisory board* del nome stesso di Pecorelli — che in Rete compariva con la carica di presidente dell'Aifa: il suo nome può essere visto dagli investitori come indice di sicurezza dell'operazione, garantendo al fondo di *venture capital* più soldi e più profitti. La sospensione ha avuto effetto immediato.

Della questione si stanno occupando nientemeno che gli uffici dell'Anticorruzione dell'Aifa, insieme al comitato sul conflitto di interessi.

Il ministro Lorenzin dovrà esprimersi a breve. Nella sua difesa Pecorelli ha sostenuto di non avere mai firmato nessun contratto con la Principia e di non essersi mai interessato di investimenti sulla farmaceutica. Ma, al momento, la sua posizione appare delicata. Anche perché i ben informati sostengono che dietro l'improvvisa sospensione ci sia dell'altro.

Mario Gerevini
Simona Ravizza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La parola

AIFA

È la sigla di Agenzia italiana del farmaco: si tratta dell'autorità nazionale «competente per l'attività regolatoria» dei medicinali nel nostro Paese. L'Aifa è un ente pubblico sotto la vigilanza dei ministeri della Salute e dell'Economia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

27-NOV-2015
da pag. 20
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Chi è

- Sergio Pecorelli, 71 anni, è il presidente (ora sospeso) del consiglio di amministrazione dell'Agenzia italiana del farmaco

- È anche membro del cda dell'Istituto Superiore di Sanità e dal 2010 rettore dell'Università di Brescia

- Pecorelli è medico Chirurgo, specialista in Ginecologia ed Ostetricia ed è professore di Clinica ostetrica e Ginecologica

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 3.886
Lettori Ed. II 2014: 17.000
Quotidiano - Ed. Lodi - Pavia

IL GIORNO
Lodi Crema Pavia

Dir. Resp.: Giancarlo Mazzuca

27-NOV-2015
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

PAVIA L'INCONTRO SUL RISCHIO GENETICO

Tumori e prevenzione: le donne chiedono regole uguali per tutte in Italia

– PAVIA –

LAURA vive nel Pavese, ha visto la mamma, la zia e la cugina ammalarsi di tumore al seno. Per lei quindi c'erano alte probabilità di seguire lo stesso percorso. «Inizialmente non volevo sottopormi al test – racconta la donna che si è operata nel 2012 quando aveva 38 anni – poi mi hanno convinta sia i medici sia i miei familiari». Come primo passo si sottopone a controlli e scopre d'avere un calcinoma ginecologico che la costringe all'asportazione dell'utero e delle ovaie. Poi decide di farsi asportare preventivamente anche i seni con interventi mininvasivi. «Lo rifarei – confessa –. Se non mi fossi fatta operare non so dove sarei adesso. Nella sfortuna, forse sono stata fortunata. Oggi chi non lo sa, non si accorge dell'intervento che ho fatto ai miei seni e non ho avuto alcun problema legato alla menopausa». Laura sta bene e domani alle 15,30 nell'aula didattica 2 del primo piano corpo A del Dea del San Matteo parteciperà a 'Incontro di lavoro delle donne a rischio genetico di tumore al seno e all'ovaio'. Per la prima volta si troveranno insieme allo staff del rischio ginecologico e senologico le donne che sono state operate in tutta Italia grazie alla collaborazione tra il San Matteo con la senologa Alberta Ferrari, coordinatrice della rete femminile e la onlus a.Bracadabra che rivendica politiche sanitarie adeguate. Il Policlinico pavese, infatti, è uno dei pochi istituti di ricerca con il percorso genetico completo per le donne che hanno avuto familiarità con i tumori.

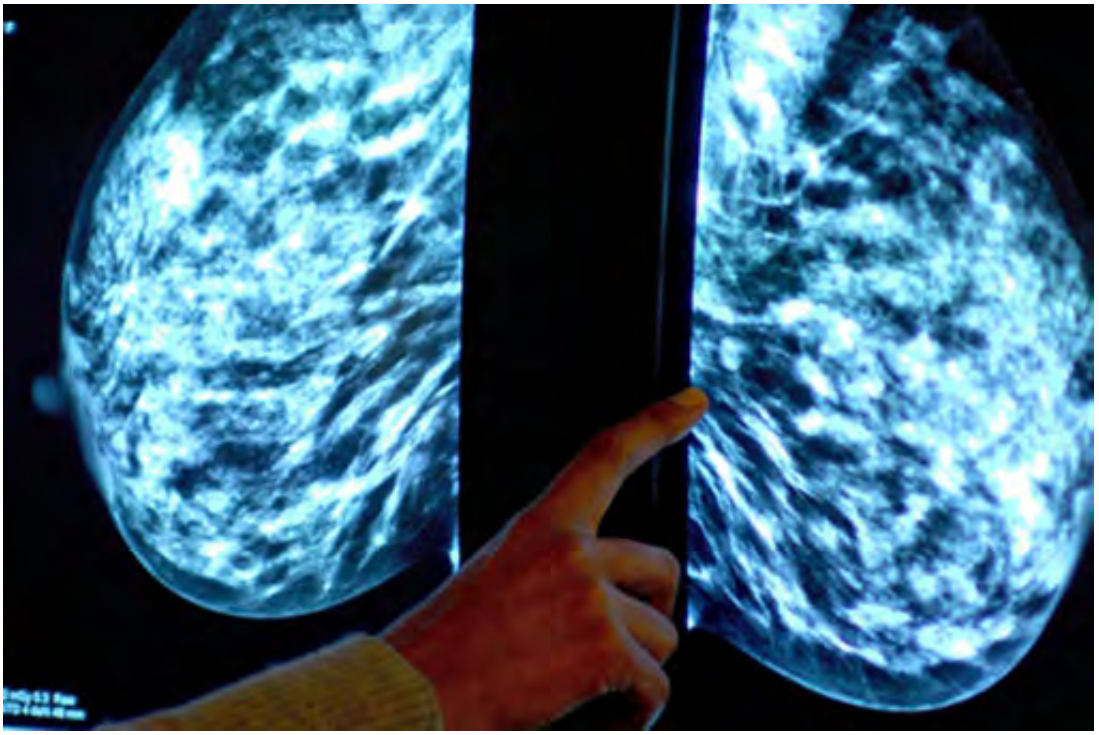
AD AIUTARE le donne anche una squadra di specialisti multidisciplinari e di supporto psicologico. Ma se non si risiede in Lombardia o in Emilia Romagna dove esistono esenzioni, bisogna sborsare circa 500 euro l'anno per i necessari controlli che servono ad arrivare alla diagnosi precoce. Durante l'incontro di domani le donne metteranno nero su bianco le richieste per tutelare in modo omogeneo, dal punto di vista sanitario, tutte le donne del Paese. Chiedono linee guida nazionali per essere tutelate nella prevenzione, una mappatura dei centri e un numero di strutture sanitarie in grado di operare nel percorso genetico, di prevenzione e cura contemporaneamente. Oltre alla chirurgia preventiva che non è offerta da tutti gli ospedali.

Manuela Marziani

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Ca al seno, bevacizumab neoadiuvante utile per alcune pazienti



26 novembre 2015

Nella pazienti con un carcinoma mammario, il trattamento preoperatorio con l'anticorpo monoclonale anti-VEGF bevacizumab potrebbe essere di beneficio prevalentemente nei casi con una vascolarizzazione tumorale più estesa e più fitta. A suggerirlo è uno studio di fase II pubblicato di recente su PNAS. I risultati, se confermati da ulteriori studi, potrebbero suggerire un modo per identificare le pazienti che hanno maggiori probabilità di beneficiare di un trattamento antiangiogenico, oltre che per migliorare le terapie mirate anti-angiogenesi.

In questo lavoro, Rakesh K. Jain, del Massachusetts General Hospital di Boston, e gli altri ricercatori hanno analizzato gli effetti molecolari di bevacizumab neoadiuvante associato alla chemioterapia nelle pazienti con un carcinoma mammario e hanno trovato che il farmaco è stato di beneficio per quelle che avevano tumori con una densità dei microvasi basale elevata.

Gli studi clinici hanno ottenuto risultati di efficacia variabili per le pazienti con un cancro al seno trattati con bevacizumab neoadiuvante o adiuvante. L'aggiunta di bevacizumab alla chemioterapia neoadiuvante ha mostrato di migliorare le percentuali di risposta patologica completa nelle donne con un tumore HER2-negativo, comprese quelle con un cancro al seno triplo negativo. Tuttavia, il National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-40 trial ha evidenziato un beneficio nelle pazienti che avevano tumori con recettori ormonali positivi, ma non in quelle con un cancro al seno triplo negativo. Nel setting adiuvante, bevacizumab aggiunto alla chemioterapia adiuvante non ha migliorato la sopravvivenza libera da malattia.

Per studiare in che modo bevacizumab influenza la vascolarizzazione dei tumori, Jain e i suoi colleghi hanno trattato 103 pazienti con un carcinoma mammario HER2-negativo con bevacizumab più la chemioterapia con adriamicina/ciclofosfamide/paclitaxel prima dell'intervento e hanno analizzato le biopsie tumorali prima e dopo il trattamento.

Le pazienti con un cancro al seno triplo negativo hanno mostrato una percentuale di risposta completa del 52% (11 pazienti su 21), superiore a quella delle pazienti colpite da un tumore con recettori ormonali positivi, pari al 6% (5 pazienti su 78).

Analizzando la serie di biopsie effettuate prima e dopo la monoterapia con bevacizumab, gli autori hanno trovato una correlazione tra la risposta patologica completa e il recettore solubile del VEGF di tipo 1 dopo il trattamento nelle pazienti con un cancro al seno triplo negativo (P = 0,0033) e una correlazione con la densità microvascolare pre-trattamento in tutte le pazienti (P = 0,0005).

Ulteriori biopsie effettuate dopo il successivo trattamento neoadiuvante con bevacizumab più la chemioterapia hanno dimostrato che bevacizumab ha inibito la formazione di nuovi vasi e stimolato la maturazione di quelli esistenti, oltre a ridurre la pressione del fluido interstiziale e modificare i livelli circolanti di VEGF.

"I nostri risultati indicano che una percentuale significativa dei tumori al seno non ha un apporto di sangue sufficiente per beneficiare della normalizzazione vascolare fornita dai farmaci antiangiogenici" ha affermato Jain in un comunicato, aggiungendo che i loro dati “forniscono la prima prova diretta di una correlazione tra normalizzazione vascolare strutturale ed entità della regressione del tumore dopo il trattamento neoadiuvante con bevacizumab nel cancro al seno".

Lo studio ha anche permesso di individuare i potenziali biomarker ematici di risposta al trattamento, tra cui i livelli di recettore solubile del VEGF di tipo 1, che dovranno però essere validati in futuri studi clinici prospettici.

S.M. Tolaneya, et al. Role of vascular density and normalization in response to neoadjuvant bevacizumab and chemotherapy in breast cancer patients. PNAS 2015;112(46):14325-30, doi: 10.1073/pnas.1518808112.
leggi

[chiudi questa finestra]

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Tumori rari del sangue: nuovi scenari per la cura di mieloma multiplo e leucemia linfoblastica acuta

26 novembre 2015

Rari e molto aggressivi e con un forte bisogno di terapie innovative in grado di prolungare la sopravvivenza dei pazienti. Sono il mieloma multiplo, un tumore definito “incurabile” perché spesso resistente alle terapie, e la leucemia linfoblastica acuta (LLA), una neoplasia per cui la prognosi nell’età adulta è ancora largamente insufficiente. Nonostante siano due tra le neoplasie ematologiche più temute permane una scarsa visibilità mediatica su questi tumori.

Fare luce su questi tumori rari del sangue è l’obiettivo del Corso di Formazione Professionale per i giornalisti Comunicare le Malattie Oncoematologiche Rare, promosso a Roma dal Master della Sapienza ‘La Scienza nella Pratica Giornalistica’ con il supporto di Amgen.

«Alcune malattie oncoematologiche sono definite rare, sebbene sia necessario rivedere questa definizione, perché rientrano come incidenza in un gruppo di malattie le quali generalmente colpiscono più di 5 persone su 10.000 abitanti – afferma Maria Teresa Petrucci, Dirigente Medico I Livello, Dipartimento di Biotecnologie Cellulari ed Ematologia, Policlinico Umberto I di Roma – il problema per queste patologie è che non disponiamo di registri che ci consentano di valutarne i numeri precisi. Riguardo alla diagnostica, sono stati fatti grandi passi in avanti per tutte le malattie oncoematologiche e, grazie alle tecnologie di biologia molecolare, oggi possiamo fare diagnosi sempre più precoci. Anche per le terapie, si è fatto molto: penso, ad esempio, al mieloma multiplo per il quale il numero di farmaci registrati è stato decisamente superiore a quello delle altre malattie rare».

Oggi è possibile parlare di ulteriori passi avanti nel trattamento delle neoplasie onco-ematologiche e di nuova linfa per l’aspettativa di vita dei pazienti che ne sono affetti.

La novità di questi giorni è l’approvazione parallela da parte della Commissione Europea di due farmaci messi a punto da Amgen che aprono nuovi scenari per questi tumori difficili da trattare: carfilzomib, il primo degli inibitori irreversibili del proteasoma di seconda generazione, per il trattamento del mieloma multiplo recidivato; e blinatumomab, in assoluto la prima immunoterapia indicata per il trattamento della LLA da precursori delle cellule B recidivante o refrattaria negativa per il cromosoma Philadelphia, primo di una nuova classe di anticorpi

bispecifici chiamati BiTE® (bi-specific T-cell engagers).

L'Italia ha giocato un ruolo fondamentale nel programma di sviluppo clinico di questi due farmaci: su 47 studi che coinvolgono 305 Centri che Amgen ha attivi in tutta la penisola, il 60% afferiscono all'area dell'onco-ematologia. Nel mieloma multiplo l'Azienda sta conducendo 5 studi in 45 Centri, mentre nella LLA sta conducendo 4 studi in 18 Centri.

Entrambi i farmaci si sono mostrati in grado di raggiungere una profondità di risposta senza precedenti che per il mieloma multiplo significa allungamento della sopravvivenza senza progressione della malattia mentre, nel caso della leucemia linfoblastica acuta, vuol dire arrivare alla remissione della malattia. Una malattia in remissione si traduce in una prognosi più favorevole per i pazienti che si sottopongono al trapianto, che resta la terapia d'elezione per questa patologia, ma anche per i pazienti nei quali il trapianto non è indicato.

Il mieloma multiplo è un tumore del sangue che colpisce le plasmacellule, un sottotipo di globuli bianchi che combattono le infezioni. È una malattia orfana rara e molto aggressiva, che rappresenta approssimativamente l'1% di tutti i tumori. In Europa, ogni anno circa 39.000 pazienti ricevono una diagnosi di mieloma multiplo e si registrano circa 24.000 decessi. In Italia convivono con un mieloma multiplo, a 5 anni dalla diagnosi, 13.983 persone di età media attorno ai 65 anni; 5.200 i nuovi casi registrati ogni anno e 3.200 i decessi. A 5 anni dalla diagnosi sopravvive meno di un paziente su due (45%). La capacità di raggiungere e mantenere una risposta significativa ai trattamenti diminuisce ad ogni recidiva a causa sia della resistenza acquisita ai farmaci sia del progredire del tumore.

«Il mieloma multiplo è una patologia che colpisce i progenitori del sangue, le cellule del midollo osseo, la cui alterazione determina complicanze severe a livello osseo. È una patologia dell'anziano, con numeri in rapida evoluzione a causa dell'invecchiamento della popolazione», afferma Antonio Palumbo, Dipartimento di Ematologia, Università di Torino. «Negli ultimi dieci-quindici anni c'è stata un'evoluzione delle terapie: dalla vecchia, tradizionale chemioterapia molto tossica ai farmaci "intelligenti" capaci di bloccare la proliferazione del tumore sino all'impiego dei più recenti anticorpi che stimolano il sistema immunitario a controllare il tumore. I nuovi farmaci aprono uno scenario importante per il trattamento di questa grave patologia, in quanto riescono a ottenere una risposta profonda con un incremento della sopravvivenza molto significativo».

La leucemia linfoblastica acuta è un tumore del sangue e del midollo osseo, raro e a rapida progressione. Per gli adulti con LLA recidivante o refrattaria, la sopravvivenza globale mediana è appena da tre a cinque mesi. In Italia, si stima che ogni anno ci siano circa 250 nuove diagnosi di LLA a cellule B Philadelphia negativa nell'adulto. Fra questi pazienti, ci sono almeno circa 130 casi di malattia recidivante o refrattaria. L'età media alla diagnosi è di circa 40 anni. Le recidive sono frequenti: circa il 60% dei pazienti accusa ricadute dopo la terapia di prima linea, durante questa fase circa l'11% non risponde alle cure e soffre di una leucemia cosiddetta refrattaria. Per i pazienti con LLA la speranza di vita media a 5 anni, dopo la prima ricaduta, è del 7%.

«La leucemia linfoblastica acuta – dice Robin Foà, Direttore del Centro di Ematologia, Policlinico Umberto I di Roma – colpisce individui di tutte le età, bambini, adolescenti, giovani adulti, adulti ed anziani. È il tumore più frequente in età pediatrica, mentre è relativamente raro negli adulti. Mentre la prognosi è favorevole per oltre l'80% dei bambini, lo stesso non si può dire per molti pazienti dell'età adulta per i quali la prognosi rimane ancora insoddisfacente. Gli studi di genetica hanno permesso più raffinate stratificazioni prognostiche e anche l'uso di terapie mirate/targeted per pazienti portatori della lesione genetica più frequente nell'età adulta (il cromosoma Philadelphia) che hanno significativamente migliorato la prognosi di questo specifico sottogruppo. Per molti altri pazienti, la possibilità di guarigione è legata alla effettuazione, quando possibile, di un trapianto allogenico di cellule staminali. La ricerca sta gradualmente aprendo nuovi scenari. In questo senso, la recentissima approvazione da parte dell'EMA (dopo l'FDA) dell'anticorpo monoclonale bispecifico blinatumomab per alcune categorie di pazienti con leucemia acuta linfoblastica apre innovative prospettive terapeutiche alla luce degli importanti risultati ottenuti nei protocolli clinici finora condotti. In questo senso, anche l'esperienza condotta presso il nostro Centro e nel nostro Paese è stata assai incoraggiante».

Appena approvato nell'Unione Europea per il trattamento del mieloma multiplo recidivato, carfilzomib inibisce la funzione del proteasoma, struttura che scompone le proteine danneggiate, permettendone un accumulo tale all'interno della cellula da arrivare all'arresto del ciclo cellulare e alla conseguente morte della cellula. I dati dello studio di fase III ASPIRE hanno evidenziato nei pazienti trattati con carfilzomib in combinazione con lenalidomide e desametasone gli stessi risultati della prima linea: un prolungamento di circa 9 mesi (8,7) della progressione libera da malattia. Negli studi clinici, circa un paziente su tre di quelli trattati con carfilzomib in combinazione ha raggiunto una risposta completa o migliore rispetto a quelli trattati con lenalidomide e desametasone.

Blinatumomab è considerato un farmaco rivoluzionario, il più importante progresso raggiunto dopo quasi vent'anni per la leucemia linfoblastica acuta. È il capostipite di una nuova classe di anticorpi monoclonali

bispecifici chiamati BiTE® – bi-specific T-cell engagers, una piattaforma tecnologica all'avanguardia che aiuta il sistema immunitario a individuare e colpire il cancro.
I risultati dei due studi 211 e 206 di fase 2, dimostrano che il 42,9% dei pazienti ha raggiunto la completa remissione (CR) o una completa remissione con recupero ematologico parziale (CRh) utilizzando il farmaco da solo. La profondità di risposta e il tasso di remissione clinicamente significativo fanno di blinatumomab una valida opzione di trattamento per i pazienti adulti con LLA refrattaria al trattamento o con ricadute per i quali la prognosi è infausta.

[chiudi questa finestra]

quotidianosanità.it

Giovedì 26 NOVEMBRE 2015

Cancro al seno. La risonanza magnetica potrebbe aiutare ad identificare tumori 'multicentrici'

Secondo uno studio su Radiology, nel cancro al seno 'multicentrico', cioè in cui vi sono due o più tumori primari in diversi distretti, in aggiunta alla mammografia, la risonanza magnetica MRI potrebbe aiutare ad individuare tumori 'aggiuntivi' ancora più aggressivi rispetto a quelli 'visibili' con l'indagine mammografica. Lo studio sui dati di oltre 2000 pazienti

Nel caso di cancro del seno 'multicentrico', cioè in cui vi sono due o più tumori primari in diversi distretti, in aggiunta alla mammografia di routine, la tecnica di imaging a risonanza magnetica MRI potrebbe aiutare ad individuare tumori aggiuntivi che risultano più aggressivi ed estesi rispetto a quelli rintracciati tramite la mammografia stessa, che comunque rimane l'esame di riferimento per lo screening. Sono i risultati di uno studio*, condotto dalla Radiological Society of North America** (RSNA), pubblicati sulla rivista *Radiology*.

In generale, l'esame di risonanza magnetica MRI risulta efficace, spiegano gli autori dello studio, nelle donne di età giovane e/o con mammella ad elevata densità, nel rilevare casi di cancro del seno 'multicentrico', cioè che include due o più tumori primari generalmente localizzati in quadranti diversi della mammella; gli autori dello studio sottolineano che tuttavia la "significatività" clinica associata a questi tumori rilevati tramite MRI è attualmente oggetto di discussione a livello scientifico.
"Il nucleo della 'controversia' relativa alla MRI nel caso del cancro al seno riguarda il caso delle pazienti con tumori al seno 'clinicamente non significativi' che possono andare incontro ad un sovra-trattamento rispetto alle pazienti che potrebbero ricevere un trattamento inferiore a quello necessario", ha spiegato l'autore principale dello studio odierno, **Chiara Iacconi**, della Breast Unit della USL1 di Massa e Carrara.
Tuttavia, il dibattito sull'argomento è ancora in atto ed anche il titolo della pubblicazione odierna su *Radiology* lascia aperta la discussione (il titolo è '**Multicentric Cancer Detected at Breast MR Imaging and Not at Mammography: Important or Not?**', 'Cancro multicentrico rilevato tramite imaging a risonanza magnetica del seno e non tramite mammografia: importante o no?')

Il primo autore Chiara Iacconi, insieme ai colleghi, ha revisionato i dati relativi a 2.021 pazienti con tumori appena diagnosticati, che si sono sottoposte a biopsie prima di una risonanza MRI pre-operatoria. 285 (circa il 14%) delle 2.021 pazienti presentavano un tumore aggiuntivo, rilevato dalla *MRI*, che non era stato 'visto' dalla mammografia. Inoltre, in 73 di queste 285 donne, ovvero nel 25,6% di loro, l'analisi di risonanza magnetica ha permesso di visualizzare questo tumore aggiuntivo in un quadrante diverso da quello del cancro rintracciato tramite mammografia e/o palpazione del seno.
"I risultati mostrano che il cancro multicentrico rilevato tramite MRI, effettuata dopo la mammografia, potrebbe rappresentare un'ampia porzione della massa tumorale in circa un quarto delle pazienti e potrebbe portare dei cambiamenti sia rispetto alla valutazione del livello del cancro sia rispetto ai trattamenti", ha dichiarato la Dottoressa Iacconi.
Gli autori aggiungono che in 17 delle 73 pazienti, inoltre, questi tumori multicentrici sono risultati estesi e nel 25% di questo sottogruppo di 73 donne tali formazioni neoplastiche risultavano più ampie di un centimetro, riferiscono gli autori dello studio.

Questi tumori multicentrici aggiuntivi, individuati tramite MRI, sono stati rilevati in pazienti con densità del seno eterogenea o estrema e, in qualche caso, in pazienti con tessuto adiposo o 'fibro-ghiandolare sparso, spiegano gli autori dello studio.

Sempre sull'utilizzo della *MRI* per studiare i casi di cancro al seno, un recente studio, condotto dalla stessa Radiological Society of North America, inoltre, ha messo in evidenza come questa indagine, in aggiunta alla mammografia, possa rappresentare uno strumento utile per migliorare la previsione del rischio di tumore al seno nelle donne ad 'alto rischio' (cioè in presenza di storia familiare di questo tumore, mutazioni genetiche o altro).
Attualmente, il cancro al seno può essere individuato tempestivamente attraverso la diagnosi precoce e lo screening, come rimarca recentemente l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che sottolinea l'importanza di tale screening (che include la mammografia), quale strumento in grado di ridurre del 20% la mortalità associata al cancro al seno.

Viola Rita

*Chiara Iacconi, Lanie Galman, Junting Zheng, Virgilio Sacchini, Elizabeth J. Sutton, David Dershaw, Elizabeth A. Morris. Multicentric Cancer Detected at Breast MR Imaging and Not at Mammography: Important or Not? Radiology, November 2015 DOI: 10.1148/radiol.2015150796

***La Radiological Society of North America (RSNA) è un'Associazione che comprende più di 54mila radiologi, oncologi radioterapisti, fisici medici e scienziati del settore; la sua sede è Oak Brook.*

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 114.744
Diffusione 09/2015: 80.779
Lettori Ed. II 2015: 772.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA NAZIONE

Dir. Resp.: Pier Francesco De Robertis

27-NOV-2015
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità, la rivoluzione in una chat Il medico di famiglia entra in corsia

Parte da Firenze il progetto pilota per ridurre il numero dei ricoveri

CARTELLA CLINICA 'OPEN'

Elettronica, sarà visibile con una app: pazienti seguiti sia in ospedale che a casa

Allarme meningite

Migliora il giovane colpito Profilassi per chi il 20 e 21 era nei locali 'Dolce zucchero' e 'Twentyone'

Paola Fichera
■ FIRENZE

LA RIVOLUZIONE della sanità toscana passa anche attraverso una chat, una finestra di dialogo aperta fra i medici di famiglia e i medici ospedalieri. E così il medico di famiglia entra per la prima volta a pieno titolo in corsia. Sì, perché l'intento di CaRed (acronimo di Careggi e Re-Engineered Discharge), il progetto pilota, importato dagli Stati Uniti, dell'ospedale universitario di Careggi lanciato ieri dall'assessore alla Sanità Stefania Saccardi, è quello di seguire capillarmente il malato in tutto il suo percorso sanitario. Creando, finalmente, un filo diretto con chi segue da anni la sua storia clinica.

Dicono gli studi che una comunicazione coordinata ed efficace tra ospedale e medici di medicina generale può ridurre fino al 30 per cento il ricorso non necessario all'ospedale. Con evidenti vantaggi sul piano dei costi e dell'efficienza sanitaria perchè spesso un secondo ricovero, magari non strettamente necessario, finisce per essere ancora più stressante per il paziente che ne è coinvolto e produce un inutile rischio per la sua sicurezza sanitaria.

FINALMENTE ci sarà una cartella clinica chiara dalla quale sarà bandito il 'medichese' stretto che rende spesso incomprensibili terapie e indicazioni per paziente e familiari, e ci saranno indicazioni chiare su orari e medici di riferimento.

A presentare CaRed, che in questa prima fase coinvolge circa 160 medici di medicina generale in un bacino di riferimento di 230mila cittadini, anche il direttore generale dell'azienda ospedaliera sanitaria di Careggi, Monica Calamai, il direttore dello staff di Careggi, Andrea Belardinelli, e Alessandro Morettini, direttore di Medicina per la complessità assistenziale 2 di Careggi.

«L'integrazione tra ospedale e territorio, la collaborazione tra medici che lavorano in ospedale e medici di famiglia è uno dei punti cardine della riforma della sanità alla quale stiamo lavorando – ha detto Stefania Saccardi – il progetto pilota parte da Careggi, ma se funzionerà potrebbe progressivamente estendersi in tutta la regione».

La rivoluzione passa attraverso la cartella informatizzata dell'ospedale, che permetterà in via sperimentale ai medici di medicina generale di entrare nel percorso clinico assistenziale dei pazienti fin dalle prime fasi del ricovero. Il nuovo sistema, non solo avvertirà il medico di famiglia dell'avvenuto ricovero del suo paziente al momento dell'ingresso in ospedale, ma gli darà anche la possibilità di 'vedere' direttamente la cartella ospedaliera del suo assistito. Non basta: il medico di famiglia e il suo collega ospedaliero potranno scambiarsi ulteriori informazioni attraverso una sorta di "chat" inserita all'interno della cartella elettronica. E per entrare, virtualmente, in corsia basterà una semplice App sullo smart phone.

L'idea piace ai medici di famiglia ma il segretario regionale della Fimmg, Vittorio Boscherini, avverte: «Una buona sperimentazione, ma con aggravio di lavoro e costi per i medici di famiglia. Anche questo dovrà essere esaminato».

L'ESEMPIO

I camici bianchi si vaccinano contro l'influenza

■ FIRENZE

#NOICIVACCINIAMO. E' la campagna lanciata ieri dai medici di famiglia riuniti a Firenze per il 32° congresso nazionale della Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg) che vede la partecipazione di oltre 2.500 camici bianchi. In un camper, parcheggiato nel cortile del Palazzo dei congressi (piazza Adua), fino a sabato camici bianchi e cittadini potranno vaccinarsi gratuitamente contro l'influenza stagionale. Sono disponibili oltre 1.000 dosi di vaccino. In Italia – è l'allarme lanciato dai medici – tra gli over 65 in meno di 10 anni c'è stato il 20% in meno di vaccinati: dal 68,3% del 2005-06 al 48,6% dello scorso anno. «Una tendenza da invertire – ha detto Claudio Cricelli, presidente Nazionale della Simg – noi medici di famiglia vogliamo dare il buon esempio e combattere la diffidenza».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media